Docteur L. MICHAUD
Médecin - Traitant à
LA MALOU-LES-BAINS

Rééducation et Massage

dans les Troubles moteurs des Affections nerveuses

Avec une Préface du
Professeur COLLET

9 FIGURES

PARIS
Editions de "Aux Ecoutes"
9, RUE VOLNEY, 9

22102143532

Rééducation et Massage

dans les Troubles moteurs des Affections nerveuses.

Docteur L. MICHAUD
Médecin - Traitant à
LA MALOU-LES-BAINS

Rééducation et Massage

dans les Troubles moteurs des Affections nerveuses

Avec une Préface du Professeur COLLET

9 FIGURES

PARIS
Editions de "Aux Ecoutes"
9, RUE VOLNEY, 9

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. WL
K54262

PRÉFACE

Mon excellent camarade d'études, Michaud, me fait beaucoup d'honneur et un très vif plaisir en me demandant quelques lignes de préface pour son intéressant manuel. Rien de plus instructif que l'histoire anatomoclinique du tabès et des états spasmodiques post-hémiplégiques pour celui qui veut suivre l'évolution de nos conceptions en pathologie nerveuse depuis plus d'un demi-siècle. Prenons pour exemple le tabès : comme toujours, on isole d'abord le symptôme, puis on reconnaît une lésion adaptée à ce symptôme ; ainsi est créée l'entité clinique ou plus exactement anatomo-clinique. Dans les années qui suivent, la symptomatologie se complète, les formes frustes sont mises en lumière, en même temps que la localisation anatomique se précise, son début surtout. On se demande alors quelle est la cause de cette entité morbide ainsi créée, et la statistique répond qu'elle n'est qu'une localisation, sur un

territoire particulier du système nerveux, de la grande maladie parasitaire. Mais par quel mécanisme ? Ici intervient l'étude des modifications humorales : l'examen cytologique du liquide céphalorachidien montre la lymphocytose et il devient rationnel de considérer les lésions médullaires comme le prolongement de lésions radiculaires qui avaient leur origine dans l'altération même du liquide où plongent ces racines. Ainsi se termine une évolution dont chacune des étapes se résume dans un nom : Duchenne, Romberg, Charcot, Pierret, Fournier, marquent les principales de ces étapes.

Mais la solution du problème n'est pas encore entièrement donnée : pourquoi les racines lombaires sont-elles intéressées plutôt que les cervicales ou les dorsales supérieures ? pourquoi chez tels sujets, non chez d'autres ? peut-être parce que prédisposés par le rôle prépondérant ou le surmenage de leur système sensitif : mais alors, pourquoi cette prédominance des troubles du sens musculaire, coexistant souvent avec un minimum de troubles de la sensibilité objective ? Et puis, à notre époque, si légitimement préoccupée des applications pratiques, quelle thérapeutique peut-on opposer à l'affection douloureuse, à l'infirmité que les générations successives avaient étudiée avec plus d'attention pour ses symptômes et ses lésions que de curiosité pour son traitement ? Et voici que la rééducation, le massage, la kinésithérapie, interviennent avec succès

contre une affection si longtemps réputée incurable.

Même évolution dans notre façon de considérer les états spasmodiques. Dans la deuxième moitié du dernier siècle, c'est la sclérose pyramidale consécutive à la lésion de la capsule interne — elle-même résultat de la rupture de l'anévrisme miliaire — qui fait tout l'intérêt de la question ; plus tard, on s'occupe de l'agénésie du faisceau pyramidal, des lésions irritatives qui excitent plus qu'elles ne détruisent ; enfin, à l'occasion de l'encéphalite épidémique, se multiplient les documents anatomo-cliniques qui mettent en lumière le rôle des noyaux centraux, — du noyau caudé, du noyau lenticulaire — ces énormes masses de substance grise, dont les propriétés motrices étaient à peine soupçonnées, de même que l'importance de la couche optique dans les troubles sensitifs était généralement méconnues avant Déjerine. De pair avec ces découvertes, marchent les essais thérapeutiques dirigés contre le principal symplôme, la rigidité.

Ces tentatives thérapeutiques et leurs heureux résultats, soit dais le tabes, soit dans les états spasmodiques, nul n'était mieux qualifié pour les présenter au public médical que le docteur Michaud : il y était préparé par une expérience de vingt ans, acquise d'abord dans la clientèle spéciale de Lamalou, cette station thermale du tabès et des myélites, puis dans le centre de kinésithérapie de la 15e région, créé et dirigé par lui, à Marseille, dans les trois

dernières années de la guerre ; enfin à l'hôpital thermal de Lamalou, où il a été chargé ministériellement de créer, en 1919, un service de rééducation et de massage. Comme il lui est arrivé fréquemment de pratiquer lui-même les manœuvres appropriées au traitement des diverses formes de troubles moteurs, il n'a écrit que des choses pratiquées et vécues. Le massage des nerveux est des plus délicats et constitue une arme à double tranchant, néfaste lorsqu'on en méconnaît les règles. On sera heureux de les trouver précisées ici, et ces indications techniques, utiles au rééducateur ou au massothérapeute qui n'auraient pas toute l'expérience désirable, faciliteront aussi la tâche du médecin consultant qui ne peut que diriger ou contrôler le traitement kinésithérapique prescrit par lui.

Ai-je besoin de rappeler que l'auteur porte un nom très honoré en Neurologie où la thèse de son frère sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral est demeurée un travail connu de tous et toujours cité ? Fils et petit-fils de médecin, il a hérité, de ses ascendants, deux qualités essentielles : l'observation patiente et la conscience professionnelle. .

F.-J. Collet.

INTRODUCTION

En 1896, un service de Rééducation, pour les ataxiques, fut installé, par *Frenkel*, à la Salpêtrière.

Dans les deux leçons cliniques consacrées à l'exposé de cette méthode alors toute récente, le Professeur *Raymond* précise bien son action sur l'incoordination exclusivement.

Or, une expérience de plus de vingt ans nous a permis de constater que l'on pouvait agir non seulement sur l'incoordination mais aussi sur l'hypotonie des tabétiques en associant, à la rééducation motrice, certaines manœuvres toniques du massage.

Nous avons pu apprécier également le rôle que pouvait jouer, dans le traitement de divers états spasmodiques, les manœuvres sédatives du massage combinées, dans certaines conditions, avec la mobilisation passive.

Nous décrirons purement et simplement les techniques que nous avons personnellement employées dans ces différents cas.

Parmi les troubles moteurs de nature organique, il en est de deux ordres que nous envisagerons : ceux qui résultent d'une localisation sur les cordons postérieurs et qui se traduisent par de l'hypotonie, de l'incoordination, puis ceux qui résultent d'une lésion intéressant le faisceau pyramidal et qui se traduisent par de l'hypertonie.

Nous laisserons délibérément de côté toutes les autres variétés de troubles moteurs, en dehors de l'incoordination et de l'hypotonie tabétiques, d'une part, et des syndromes spasmodiques, d'autre part, c'est-à-dire, de la paraplégie spasmodique et de l'hémiplégie spasmodique, en exceptant bien entendu les cas présentant une contrindication au traitement kinésithérapique.

Nous ne parlerons donc pas des troubles moteurs par lésion des cornes antérieures (poliomyélite) ni des troubles cérébelleux, ni des rigidités par lésion des voies extrapyramidales (Parkmsonn).

Les affections nerveuses purement névropathiques peuvent aussi donner lieu, parfois, à des troubles moteurs spéciaux d'origine pithiatique.

A chacune de ces trois catégories de troubles

moteurs doit nécessairement correspondre une méthode particulière.

Plusieurs auteurs et, en particulier, Frenkel, Leyden, Goldcheider, Jacob et, plus récemment, Constensoux et Riche, ont imaginé divers procédés et un certain nombre d'appareils pour rééduquer les ataxiques.

Comme nous venons de le dire, c'est une association de massage et de rééducation combinés suivant certaines règles qui est la base de nos méthodes pour l'application desquelles nous croyons suffisante l'installation suivante :

1° Une salle bien ajourée d'environ dix mètres sur six.

2° Une piste de 0 m. 21 centimètres de largeur divisée en segments de 0,28 centimètres de longueur par une raie transversale complète ; chaque segment est subdivisé en deux parties égales par une raie transversale incomplète et de nuance différente.

3° Une plateforme de 0,36 centimètres de hauteur où aboutissent, d'un côté, un plan incliné, de l'autre, un escalier à trois marches de 0,12 centim. de hauteur chacune.

4° Deux perches verticales écartées l'une de l'autre de 0 m. 63 centim.

5° Deux barres parallèles horizontales avec le même écart.

6° Un plinth .

7° Un lit assez rigide ou une table recouverte d'une simple couverture avec trois coussins ou traversins d'inégale grosseur : un gros pour mettre sous la tête du malade, un moyen et un petit dont nous parlerons plus loin.

8° Une grande glace placée en face des perches, de telle façon que le malade puisse contrôler l'ensemble des mouvements à exécuter.

CHAPITRE I

Troubles moteurs tabétiques

L'affection type de la première catégorie est l'ataxie locomotrice. Bien qu'il soit possible, aujourd'hui, d'en enrayer définitivement le processus, cette affection laisse fréquemment subsister des séquelles justiciables de rééducation et de massage.

S'il n'y a aucune contrindication telle que poussée, troubles intellectuels, menace de P. G., lésion cardiaque grave, crise douloureuse, âge trop avancé, etc., ce traitement devra être envisagé. L'amaurose n'est pas précisément une contrindication, mais elle met le malade dans des conditions où le résultat possible sera très limité.

Tout d'abord, un examen détaillé de la motilité sera pratiqué pour préciser les localisations de l'incoordination ou de l'hypotonie.

Suivant la prédominance de l'une ou de l'autre, il y aura quelques variantes dans la technique.

Nous faisons abstraction de certains troubles moteurs décrits par quelques auteurs (Pierret) comme étant d'ordre paralytique et qui apparaissent parfois au début du tabès puis disparaissent mais, parfois aussi, se surajoutent à l'incoordination pour constituer une forme d'ataxie avec plus de lenteur et moins de désordre dans les mouvements.

Disons, en passant, que c'est sur ces états parétiques comme sur les troubles de la sensibilité que des résultats intéressants étaient autrefois enregistrés à Lamalou bien avant l'époque où furent connus les procédés kinésithérapiques actuels.

Sur l'incoordination et, à plus forte raison, sur l'hypotonie, l'action hydrominérale est plus limitée et se borne le plus souvent à préparer la voie aux moyens kinésithérapiques en général et à la rééducation motrice en particulier.

Incoordination

L'impotence par grande incoordination devient aujourd'hui de plus en plus rare; il s'agit le plus souvent d'une incoordination de moyenne intensité qu'un examen détaillé localisera dans tel ou tel groupe musculaire soit des membres inférieurs, soit du tronc, soit, plus rarement, des membres supérieurs.

L'expérience montre que les groupes musculaires le plus souvent incoordonnés sont les fléchisseurs du pied, ceux du genou, les adducteurs et abducteurs des cuisses, la masse dorso-lombaire, les fléchisseurs des doigts, celui du pouce et l'opposant.

On commencera, s'il y a lieu, dans le décubitus, par exercer séparément chaque groupe musculaire, jusqu'à ce qu'un résultat suffisant soit obtenu. On passera des mouvements simples aux mouvements coordonnés pour arriver progressivement à la station debout, puis à la marche.

Il n'est guère possible de faire une nomenclature complète de tous les exercices dont les

incoordonnés peuvent être justiciables. Nous n'indiquerons que les principaux.

Les ataxiques étant le plus souvent mal renseignés par leur sensibilité et, par conséquent, ne se rendant pas compte de leur état de fatigue, il sera nécessaire de limiter la durée des exercices surtout chez ceux qui ont une tendance à faire de la tachycardie : pour ceux-là, on se basera sur l'état du pouls pour préciser, à une minute près, la durée des séances. En moyenne, pendant une séance d'une demi-heure, le tabétique devra faire trois repos de cinq minutes chaque.

Les principaux mouvements sont les suivants que l'ataxique devra exécuter lentement et régulièrement en concentrant, sur chacun d'eux, sa volonté et son attention.

POSITION COUCHÉE

1° Dans le décubitus dorsal, flexion du pied, en relevant le bord externe, puis extension;

2° Dans le décubitus ventral, la tête tournée de côté, de façon à suivre le mouvement, fléchir puis étendre la jambe sur la cuisse en s'efforçant d'éviter les saccades;

3° Dans le décubitus dorsal, les deux genoux

Fig. I. — Exercice IV.

Photo D. Maillon - La Malou

fléchis et relevés verticalement, les pieds appuyés sur le lit, écarter et rapprocher alternativement d'abord, simultanément ensuite, les deux genoux en conservant le même rythme et en s'efforçant d'éviter les saccades dans la contraction et la décontraction des adducteurs;

4° Les mouvements d'abduction seront exécutés, pour la cuisse droite, le malade étant couché sur le côté gauche, les deux membres inférieurs repliés sur eux-mêmes; pour la cuisse gauche, la position sera symétriquement inverse;

5° Flexion puis extension de chacun des membres inférieurs, alternativement, le talon traînant sur le lit, le genou restant dans le plan vertical et la flexion du pied maintenue pendant toute la durée du mouvement;

6° Même mouvement en le combinant avec l'abduction du membre :

a) flexion puis extension avec abduction;

b) flexion puis extension avec adduction;

7° Déplacement du pied dans une série de positions différentes;

8° Extension des reins;

9° Flexions latérales du tronc;

10° Extension des deux hanches, puis d'une

seule, un coussin placé sous les genoux. (Pendant l'exécution de ces trois derniers mouvements à petite amplitude, les épaules ne quittent pas le plan du lit) ;

11° De la position horizontale, passer à la position assise, puis s'étendre à nouveau;

12° Même mouvement en le combinant avec une rotation du tronc tantôt à gauche, tantôt à droite;

13° Se retourner sur soi-même pour passer du décubitus dorsal au décubitus ventral et inversement;

14° Reprise des exercices 5 et 6 en faisant une extension de la hanche du côté opposé ; le maintien de cette extension, pendant toute la durée du mouvement, constitue la base du point d'appui dont l'étude, commencée dans le décubitus, va se continuer dans la station debout et la marche;

15° Même exercice, les deux bras élevés verticalement.

POSITION ASSISE

16° Assis sur le bord d'une chaise, le tronc droit, les deux genoux rapprochés l'un de l'autre,

Fig. II *a*. — Exercice 10 : Extension de la hanche droite.

Fig. II *b*. — Exercice 10 : Extension des deux hanches.

Photos D. Maillon - La Malou

déplacer chaque pied alternativement en avant, latéralement en arrière. Pour cet exercice, on peut tracer à la craie une série de cases numérotées. A chaque déplacement, le pied doit se fléchir d'abord puis se déplacer en s'élevant un peu.

STATION DEBOUT

(aux perches verticales)

17° Les deux pieds assez rapprochés, les pointes légèrement en dehors, le corps redressé, la tête droite, essayer de lâcher les perches quelques secondes d'abord, plus longtemps ensuite ;

18° Pendant la station debout, tourner la tête à gauche puis à droite; arriver peu à peu à éviter l'oscillation produite par ces mouvements sur la partie supérieure du tronc;

19° Flexion du tronc (mouvement de salutation à petite amplitude) puis extension. Le bassin et les épaules se déplacent en sens inverse;

20° Rotation du tronc de chaque côté alternativement;

21° Fléchir puis étendre les genoux le tronc restant droit;

22° Assis sur une chaise, un peu au bord, les

deux pieds assez rapprochés de la chaise, l'un légèrement en avant, porter le haut du corps en avant; le siège se lèvera grâce au mouvement de bascule et il ne restera plus qu'à étendre genoux, hanches et reins.

Même mouvement en sens inverse pour s'asseoir : commencer par une flexion des deux genoux; la flexion des hanches se produit ensuite et porte le siège en arrière;

23° Balancement des hanches, c'est-à-dire déplacement latéral du centre de gravité : alternativement chacune des hanches se déplace en dehors et marque un temps d'arrêt; l'épaule a suivi la hanche et se trouve, avec elle, sur une même ligne verticale;

24° Même exercice avec, en outre, contraction des fessiers, du côté de la hanche portée en dehors. Cet exercice constitue l'étude du point d'appui pour la marche latérale;

25° Elever et abaisser chaque pied alternativement en prenant le point d'appui du côté opposé; le pied s'élève en flexion et se porte en avant de façon que la jambe devienne verticale.

(Ne pas prendre le point d'appui avec l'épaule et éviter, dans l'élévation du pied, la prédominance de flexion du genou).

Fig. III. — Exercice 25.

Fig. IV *a*. – 2e temps de l'exercice 29. — Si possible corriger un peu le pied gauche dont la pointe devrait être légèrement plus relevée.

Fig. IV *b*. – 3e temps de l'exercice 29. — Le pied gauche devrait être plus net et sa pointe un peu plus relevée.

26° Reprise des exercices 18, 20, 21 et 25, les bras en l'air.

MARCHES

(aux barres parallèles)

27° Marche latérale d'après les principes de l'exercice 25 : 1° point d'appui à gauche, déplacement du pied droit en dehors; 2° point d'appui à droite, raprochement du pied gauche.

Bien surveiller la flexion du pied qui se déplace et la flexion de la hanche du même côté;

28° Extension des deux hanches, puis d'une seule.

Aux barres parallèles d'abord, sur la piste ensuite ;

29° Marche en avant à petits pas (demi longueur de soulier environ correspondant à un demi segment de la piste), les talons rapprochés et la pointe des pieds légèrement en dehors.

Position de départ : pied gauche en avant d'une demi-longueur de soulier; trois temps : 1° extension de la hanche; 2° flexion du pied droit, le talon encore à terre; 3° déplacement de ce pied en avant en maintenant sa pointe relevée

et avec élévation du membre par flexion de la hanche;

30° Marche à petits pas en arrière : même technique en sens inverse;

31° Grand pas (environ une longueur de soulier correspondant à une division ou segment de la piste) : projection du bassin en avant et déroulement du pied.

Position de départ : un pied en avant d'une longueur de soulier, le poids du corps portant sur le pied resté en arrière. Ce dernier fait une extension, puis, en appuyant le sol par la pointe, projette le bassin en avant et se déplace ensuite, sa pointe relevée, par simple oscillation, pour se poser sur le sol par le talon;

32° Marcher en avant, les bras successivement dans diverses positions : en l'air, croisés, etc.;

33° Marcher en éloignant, progressivement, le regard à six pas, en face, en l'air, etc.;

34° Demi tour : pivoter sur un talon et rapprocher peu à peu le pied qui est en arrière en le posant chaque fois, la pointe en dedans;

35° Au commandement, marcher, s'arrêter, faire demi-tour, quart de tour, etc.;

36° Marche en flexion des genoux, en avant, en arrière, à petits pas;

37 ° Monter et descendre le plan incliné puis l'escalier, selon les principes de la marche;

38° Pas espagnol : exécuter l'exercice 31, sauf que le pied qui vient d'osciller s'élève un peu verticalement avant de se poser

SUR LE PLINTH

39° Mettre un pied sur la marche du plinth, puis l'enjamber de l'autre et se mettre à cheval.

Redescendre par le même procédé en sens inverse.

La Rééducation devient très délicate quand il s'agit des membres supérieurs dont les mouvements exigent une plus grande précision et imposent, aux malades, une plus grande tension d'esprit, d'où la nécessité de limiter davantage encore la durée des exercices dont les principaux sont les suivants :

Fléchir et étendre les doigts ;

Opposer le pouce à chacun des doigts alternativement ;

Fléchir puis étendre le poignet ;

Abduction, adduction, puis circumduction du poignet ;

Pronation et supination de l'avant-bras ;

Toucher avec l'index, un point déterminé;

Tracer des lignes avec une craie sur le tableau noir;

Faire des barres, puis des lettres avec un gros crayon;

Jeu du solitaire, etc ,etc...

Le massage ne joue pas un rôle de premier plan dans le traitement de l'incoordination. Il est toujours bon de le conseiller à ces malades qui sont, assez souvent, dans un état plus ou moins accentué de déchéance physique. On pourra, dans ce cas, prescrire un massage dont les manœuvres auront pour but de favoriser la circulation, d'assouplir les articulations, de tonifier les muscles, en un mot, de prévenir les troubles trophiques dont l'importance est grande dans l'histoire du tabes.

La Rééducation des incoordonnés peut donner un résultat appréciable en quelques semaines.

Hypotonie

D'après quelques auteurs (Constensoux, etc.) l'hypotonie a toujours été considérée comme la pierre d'achoppement de la rééducation des ataxiques. La laxité des ligaments articulaires qui ne sont plus renforcés par les tendons, des muscles relachés, exposent, en effet, ces malades à des troubles moteurs progressifs plus ou moins graves. Il est donc du plus haut intérêt, pour ces malades, de leur signaler l'hypotonie dès son apparition à la période par conséquent où il est assez difficile de la dépister, car elle se traduit alors par bien peu de chose, tandis qu'elle pourra, plus tard, en s'accentuant, produire des attitudes vraiment impressionnantes. Tel est, par exemple, le spectacle qu'offrent les ataxiques dont le membre inférieur forme un arc de cercle ouvert en avant. Dans ce cas, assez fréquent du reste, un appareil orthopédique est d'une grande utilité; en effet, il supprime, avec l'attitude vicieuse du genou, l'entorse chronique qui peut en résulter et met le malade à l'abri d'une subluxation possible: Il en est de même pour la laxité tibio-tarsienne dont les consé-

quences peuvent être assez bien atténuées par des chaussures orthopédiques.

Quand elle se localise à la masse dorso-lombaire, l'hypotonie compromettra assez sérieusement la motilité du malade; mais, localisée à la fois aux extenseurs, aux adducteurs et aux abducteurs des hanches, le relâchement musculaire se présente alors avec son maximum de gravité, car il produit une laxité des hanches amenant fatalement et progressivement une impotence définitive si le traitement n'intervient pas à temps. En outre, il n'existe aucun appareil orthopédique pratique pour s'appliquer à ce cas-là.

L'hypotonie affecte principalement les groupes musculaires suivants en totalité ou en partie : péroniers latéraux, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux adducteurs fessiers, tenseurs du fascia lata, masse dorso-lombaire.

Une seule fois, nous avons vu un quadriceps crural hypotonique mais chez un atoxique impotent, aveugle et arrivé à un certain degré de cachexie.

Les différents mouvements indiqués dans le décubitus, pour les incoordonnés, pourront être prescrits mais, tantôt avec une opposition douce,

Fig. V. — Massage tonique des muscles fléchisseurs du pied et releveurs de son bord externe ; en même temps mouvement actif de flexion du pied avec opposition douce.

tantôt combinés au massage qui, dans ce cas, devient indispensable et dont les manœuvres employées devront être des manœuvres exclusivement toniques, c'est-à-dire du pétrissage, de la percussion et de la vibration assez énergique.

Mentionnons, en passant, l'action des bains carbo-gazeux de Lamalou-le-Haut qui, en produisant une rubéfaction de la peau et, par conséquent, une irritation modérée du tégument, modifient la névrite périphérique sous-dermique. Les zones d'anesthésie et d'hypoesthésie superficielles localisées assez souvent à la région plantaire disparaissent habituellement et le malade se trouve alors dans des conditions beaucoup plus favorables pour bénéficier du traitement kinésithérapique.

DANS LE DECUBITUS

Articulation tibio-tarsienne. — Dans le décubitus dorsal, massage tonique d'abord portant exclusivement sur l'extenseur commun des orteils et les péroniers latéraux en s'efforçant d'éviter le jambier antérieur ; ensuite, percussion d'une main sur ces mêmes muscles, en même temps que l'articulation sera soumise à une mobilisa-

tion active, simple d'abord, avec opposition douce de l'autre main, ensuite.

Chaque flexion sera exécutée en relevant le bord externe du pied et ne sera jamais suivie d'une extension active mais d'une simple décontraction.

Bien rythmer le mouvement.

Genou. — Massage tonique des fléchisseurs du genou, dans le décubitus ventral; ensuite percussion, avec le bord cubital d'une main, pendant que, de l'autre, il est fait une opposition douce à la flexion, pendant les mouvements rythmés de flexion et d'extension du genou.

Hanches. — Dans le décubitus dorsal, étendre les deux hanches puis une seule, en ayant eu soin de placer préalablement, sous les genoux, le traversin de moyennne grandeur déjà mentionné. Sans cette précaution, cet exercice, favorable pour les hanches, serait mauvais pour les genoux où il risquerait de créer ou d'augmenter, si elle existe, l'hyperextension.

Une opposition douce pourra être exercée sur les hanches.

Dans le décubitus ventral, on fera d'abord un massage tonique des fessiers, puis le malade exécutera des mouvements rythmés de contrac-

Fig. VI. — Massage tonique des fléchisseurs des genoux ; en même temps flexion active du genou avec opposition douce. (On devrait voir un peu plus nettement la main gauche du masseur prête à percuter, avec son bord cubital, le petit doigt écarté.)

tion et de décontraction de ces muscles soit simultanément, soit alternativement, pendant qu'ils seront soumis à une percussion exécutée avec l'extrémité ou la région dorsale des doigts.

Dans le décubitus dorsal, les adducteurs et les tenseurs du fascio lata seront traités d'une façon identiquqe, en combinant, avec le massage, des mouvements actifs, avec opposition douce, d'adduction, pour les premiers, et de rotation de la cuisse en dedans pour les seconds.

Région dorso-lombaire. —Dans le décubitus dorsal, le malade place, sous ses reins, le plus petit des trois coussins et exécute des mouvements d'extension des reins avec une opposition très douce.

Les bras élevés verticalement, il exécutera les mouvements combinés des membres inférieurs et du tronc en s'appliquant tout particulièrement à contracter et à décontracter simultanément les extenseurs des reins et des hanches tantôt à gauche, tantôt à droite, c'est-à-dire du côté opposé au membre inférieur en mouvement.

DEBOUT

Dans le cas d'hypotonie des fessiers, il y aura

lieu d'insister sur la contraction et la décontraction, au commandement, de ces groupes musculaires. Cet exercice, bien que devenu possible dans le décubitus, nécessitera un nouvel effort de la part de l'ataxique, pour être exécuté dans la station debout. Ce résultat étant acquis, il sera possible au malade de prendre le point d'appui, soit pour arriver à l'exercice 25 et à la marche latérale, soit pour arriver aux marches en avant.

Ces marches exécutées de plus en plus lentement, habitueront le malade à maintenir, alternativement, chaque côté du corps en immobilisation active, pendant le déplacement du membre inférieur, du côté opposé.

Dans le cas d'hyperextension des genoux, le malade devra s'exercer à les fléchir sans saccades et à les maintenir, quelques secondes, dans un léger degré de flexion.

Différents exercices et, en particulier, la rotation du tronc devront être travaillés en flexion des genoux.

L'appareil dont nous avons parlé plus haut, qui s'oppose à l'hyperextension mais permet l'amplitude normale de la flexion du genou, est indispensable à certains tabétiques, s'ils veulent

retirer le maximum de bénéfice du traitement kinésithérapique.

La marche à petits pas en avant et en arrière sera travaillée lentement avec flexion des genoux.

Pour la montée du plan incliné, il sera important d'insister sur la flexion du genou qui est en avant et, pour la descente, sur la flexion du genou qui est en arrière.

Dans le cas d'hypotonie, il faut, suivant sa localisation et son intensité, des mois et des années pour obtenir un résultat positif.

ARTHROPATHIES

Les arthropathies, que l'on rencontrait autrefois, assez fréquemment, chez les tabétiques, sont aujourd'hui beaucoup plus rares. Elles sont caractérisées par des troubles trophiques des extrémités osseuses et parfois compliquées d'un épanchement plus ou moins important pouvant amener l'écartement des surfaces articulaires.

Dans un certain nombre de cas, le massage pourra être utilisé à condition de se borner à des manœuvres décongestives et sédatives très

douces qui pourront aider à la résorbtion de l'épanehement.

Ces arthropathies laissent subsister, le plus souvent, une grande laxité articulaire susceptibles parfois d'être quelque peu modifiée par un massage très prudent.

Là, plus qn'ailleurs, il faut craindre les méfaits d'un massage empirique capable de produire des ruptures de ligaments articulaires, par des manœuvres trop brusques et à trop grande amplitude, chez des tabétiques ayant une abolition des sensibilités profondes et ne pouvant par conséquent plus être avertis à temps par la douleur.

CHAPITRE II

Etats spasmodiques

L'apparition de la contracture n'a plus, aujourd'hui, la même valeur dans le pronostic des affections nerveuses.

Dans un certain nombre de cas, l'évolution peut s'enrayer soit spontanément, soit à la suite d'un traitement basé ou non sur le diagnostic étiologique.

Il ne restera plus alors que des séquelles, sous forme principalement de parésies et de contractures, susceptibles d'être heureusement modifiées par un traitement kinésithérapique approprié.

Bien que le processus soit définitivement enrayé, la contracture de nature organique ne disparaît jamais spontanément, mais a toujours une tendance à s'accentuer, si on ne la traite pas, en

même temps que s'aggrave l'état parétique des muscles antagonistes.

Quelques auteurs ont signalé la fréquence des attitudes vicieuses produites par la prédominance d'action des muscles les plus contracturés sur leurs antagonistes; tous les praticiens savent que cette contracture peut dégénérer en rétraction et qu'il peut se former, dans les articulations ainsi immobilisées, des épanchements, des adhérences et en résulter un état douloureux persistant.

Pendant toute une première période, le malade devra être soumis à une mobilisation exclusivement passive, douce, progressive et très prudente, pendant que le massage sera réduit à des manœuvres sédatives.

En d'autres termes, dans la première phase du traitement, ne seront mis en œuvre que des procédés soit sédatifs, soit décongestifs, destinés à diminuer la contracture, à décongestionner l'articulation, à rétablir la circulation et à calmer, le cas échéant, la douleur.

La durée de cette première phase dépendra de la persistance des contractures d'autant plus tenaces qu'elles sont plus anciennes. Ces dernières peuvent être aussi fâcheusement influencées par diverses causes telles que : états émotifs fré-

quents, grande tension d'esprit exigée, d'une façon constante, par la profession, balnéation à température extrêmes, parfois aussi par un appareil orthopédique intempestif, une médication trop stimulante, mais surtout par un massage empirique et un surmenage physique.

De même que les eaux de Lamalou-le-Haut ont un action tonique sur l'hypotonie, celles de Lamalou-le-Bas ont une action tout particulièrement sédative sur l'élément douleur et sur les contractures. Elles constituent donc un adjuvant précieux qu'il est bon de ne pas négliger dans le traitement des états spasmodiques.

Dans la seconde phase du traitement, le massage sera modifié de façon à produire une action légèrement tonique sur les muscles parésiés en même temps que seront continuées les manœuvres sédatives sur les muscles encore quelque peu contracturés.

Il y a là une question d'indications pouvant varier d'un jour à l'autre. On sait, en effet, avec quelle facilité une manœuvre destinée à tonifier un groupe déterminé de muscles pourra, par propagation, provoquer de la contracture dans les muscles voisins. Il faut donc suivre son malade, ne pas perdre de vue les détails de sa motilité

et enregistrer, pour ainsi dire, jour par jour, les phases de la réaction de ses centres nerveux. C'est dans cette seconde période seulement qu'il sera possible de commencer une rééducation active et à condition, bien entendu, d'agir prudemment et progressivement.

Paraplégie spasmodique

PREMIERE PHASE

(massage sédatif et mobilisation passive de détail)

Nous n'envisageons ici que les paraplégies spasmodiques vraiment justiciables du traitement kinésithérapique. Il est bien entendu qu'il faut en éliminer un certain nombre et, en particulier, celles du mal de Pott et celles par compressions médullaires (hématomes, tumeurs) qui doivent bénéficier les uns d'un repos complet, les autres d'une intervention chirurgicale.

Le massage sédatif destiné à diminuer le tonus musculaire pathologiquement exagéré comprend deux manœuvres : les pressions et l'effleurage simple ou combiné avec une vibration légère.

D'après les pages qui précèdent, on peut déjà se rendre compte qu'il faudra toujours un certain nombre de séances pour obtenir l'amplitude

physiologique complète d'un mouvement limité par la contracture.

Après avoir agi, par le massage, sur le groupe musculaire contracturé, on commencera la mobilisation avec une certaine douceur. Dès qu'arrivé à un degré quelconque de l'amplitude normale, on sentira une résistance plus impérieuse, on marquera un temps d'arrêt, en restant à la position acquise. Il se produira alors, parfois, une petite détente musculaire qui permettra d'accentuer encore un peu le mouvement. Si cette détente ne se produit pas, il faudra revenir au point de départ et recommencer.

Cette technique demande, avant tout, du temps et de la patience.

Il arrive parfois, si le mouvement a été un peu trop vivement poussé, qu'il se produit un spasme dans le groupe musculaire contracturé, ce qui indique que la manœuvre a été mauvaise et qu'il faut la reprendre avec plus de douceur.

Il est bien évident que les appareils de mécanothérapie, qui rendent de si grands services dans des cas spéciaux, deviendraient préjudiciables, dangereux même si on les utilisait pour cette catégorie de malades que le rééducateur de-

Fig. VII. — Massage sédatif de la masse musculaire de la région postérieure de la jambe, combiné avec la flexion passive du pied.

Fig. VII. — Massage tonique des fléchisseurs des genoux ; en même temps flexion active du genou avec opposition douce. (On devrait voir un peu plus nettement la main gauche du masseur prête à

vra traiter lui-même suivant les indications mentionnées plus loin.

Les muscles habituellement contracturés sont: l'extenseur du gros orteil, les extenseurs du pied, le quadriceps crural, les adducteurs des hanches, le psoas iliaque.

Lorsque la flexion du bassin sur les cuisses est très accentuée, il se produit, dans la masse dorso-lombaire, une contracture compensatrice volontaire produisant une ensellure plus ou moins accentuée.

Le gros orteil sera mobilisé en flexion et le massage sédatif portera sur son extenseur propre.

Le pied en varus équin, par prédominance d'action principalement des muscles du tendon d'Achille et un peu du jambier antérieur, sera traité de la façon suivante, le malade étant d'abord dans le décubitus dorsal : la paume d'une main embrassant le talon du malade et l'avant-bras appuyé sur la partie externe de la région plantaire, on fléchira le pied, en le redressant, en même temps que, de l'autre main, on pratiquera un effleurage assez profond dans la masse musculaire de la région postérieure de la jambe. Cette même région sera traitée à nouveau,

le malade étant dans le décubitus ventra : placé à sa gauche, on appliquera l'avant-bras droit sur la plante de son pied gauche légèrement relevé, la main embrassant la partie postérieure de son talon et, en appuyant sur sa région externe plantaire, on fera le même massage avec la main gauche sur les mêmes muscles pendant que sa tibio-torsienne et son genou subiront des mouvements passifs rythmés de flexion puis d'extension.

Placé à sa droite, une manœuvre identique sera faite sur sa jambe droite.

Le quadriceps crural sera d'abord massé, le malade étant dans le décubitus dorsal.

Le malade étant ensuite couché sur un côté, le gauche par exemple, son genou droit en flexion, on passera l'avant-bras sous sa jambe droite, on saisira son genou avec la main droite pendant que, de la main gauche, on lui immobilisera le tronc. On commence alors prudemment l'extension de la cuisse sur le bassin. S'il y a résistance on n'insiste pas mais on masse le quadriceps de la main gauche pendant que, de la droite, on recommence la même mobilisation qui devient possible au bout d'un temps variable.

Les adducteurs sont massés dans le décubitus

Fig. VIII. — Extension passive de la cuisse droite sur le bassin.

dorsal, une main tenant le pied en flexion du malade et l'autre main passée sous son genou également un peu fléchi ; on commence alors l'abduction de la cuisse. On peut également, le cas échéant, combiner massage et mobilisation comme pour le quadriceps crural. La détente de la contracture des adducteurs semble heureusement influencée par la flexion simultanée du genou et de la tibio-tarsienne, comme s'il existait une certaine solidarité entre ces trois articulations.

Lorsque, parfois, il y a lieu de faire des mouvements de rotation de la cuisse, soit en dehors, soit en dedans, on peut placer une main sur la plante du pied et l'autre sur la partie soit interne, soit externe du genou du malade. Dans le décubitus dorsal, seront pratiquées la flexion et l'extension de tous les segments à la fois du membre inférieur.

La circumduction de la hanche sera faite, le malade étant couché sur le côté.

Le massage dorsal sera exécuté parfois transversalement sur les intercostaux et plus souvent longitudinalement, de bas en haut, sur la masse dorso-lombaire, dans le cas de contracture compensatrice volontaire mentionnée plus haut.

SECONDE PHASE

(Mobilisation passive d'ensemble. Mouvements d'assouplissement et Rééducation active. Massage mixte.)

La mobilisation passive d'ensemble s'adresse non plus seulement à une articulation, ni même à tous les segments d'un membre mais à l'ensemble du corps.

Le massage mixte comprend des manœuvres sédatives pour les muscles contracturés et des manœuvres toniques pour leurs antagonistes.

A cheval sur l'extrémité du plinth, les pieds immobilisés par des étriers et le dos tourné à l'opérateur, le malade est étendu progressivement jusqu'à la position horizontale d'abord puis, plus tard, un peu plus loin, les épaules plus basses que le bassin.

Au bout d'un certain temps, la contracture des fléchisseurs des hanches disparaîtra.

Le mouvement en sens inverse aura son indication pour agir sur la contracture déjà mentionnée des extenseurs des reins.

Le malade étant à cheval sur le plinth, les pieds dans les étriers, on insistera plus ou moins,

Fig. IV. — Extension passive des deux hanches combinée avec la rotation du tronc à gauche

suivant le cas, sur la flexion latérale et sur la rotation du tronc.

Cette rotation pourra parfois se combiner avec l'extension des hanches. Elle sera essayée dans les différents degrés de cette extension et en insistant davantage, s'il y a lieu, d'un côté que de l'autre.

AUX PERCHES VERTICALES

(Flexion puis extension du tronc; flexion latérale de chaque côté alternativement; circumduction).

Dans ces trois mouvements d'assouplissement, les épaules se déplacent en sens inverse du bassin et le malade s'exerce à ne pas perdre son équilibre.

Les autres exercices de station debout mentionnées plus haut pour les incoordonnés trouvent ici de fréquentes indications.

AUX BARRES PARALLELES

Reprise des trois premiers exercices exécutés aux perches puis : marche latérale ; marche en avant à petits pas.

Là, le point d'appui se bornera à un déplacement de la hanche, sans la contraction musculaire recommandée aux hypotoniques.

Le paraplégique s'appliquera à déplacer chaque membre inférieur par flexion de la hanche et sans utiliser la masse dorso-lombaire du côté opposé dont la suppléance, utile au début de l'affection n'est plus indispensable maintenant.

Les deux marches indiquées plus haut seront reprises sur la piste.

Les marches en flexion de même que la montée et la descente du plan incliné et de l'escalier auront parfois leurs indications.

La durée des exercices ne doit pas être trop longue. Il faut toujours penser à la possibilité de réveiller la contracture en imposant un surmenage au malade.

Quant au masssage, il est bon d'en continuer les manœuvres sédatives sur les membres, encore quelque peu contracturés alors que seront commencées des manœuvres toniques prudentes sur leurs antagonistes.

Hémiplégie

Certaines de ces affections (hémiplégies chez les jeunes. hémiplégies spécifiques) peuvent, à un moment donné, bénéficier d'un traitement kinisèthérapique.

Il y aura une sélection à faire : certains hémiplégiques, avec grosses lésions cardio-vasculaires, présenteront une contrindication absolue à ce traitement; d'autres, avec des lésions moins graves, ne seront pas justiciables de rééducation proprement dite, mais pourront cependant bénéficier de la première phase du traitement.

Les mêmes troubles décrits dans la paraplégie vont se retrouver ici; donc les mêmes procédés seront mis en œuvre, mais avec plus de prudence encore et une progression calculée sur la réaction personnelle de chaque malade.

La rééducation active pourra, en intervenant à un moment donné, réduire au minimum les effets de la lésion organique, en agissant sur la zone d'inhibition de voisinage et, suivant le cas, soit aboutir à la disparition à peu près complète

des troubles moteurs, soit créer un type nouveau d'exécution du mouvement physiologique intéressé, en créant alors des suppléances et des compensations musculaires.

Pour ces malades ,il ne faut pas craindre de prolonger la première phase du traitement. En passant trop vite à la seconde, on risque de réveiller les contractures par les manœuvres toniques du massage et d'exciter le foyer central en imposant trop tôt, au malade, le certain degré de tension d'esprit indispensable pour toute rééducation .

Les mouvements associés ont été préconisés : le membre sain devant entraîner l'autre.

Les exercices doivent être plus courts que chez les paraplégiques, plus courts aussi pour le membre supérieur que pour le membre inférieur.

Au membre inférieur, la localisation de la contracture est la même que dans le cas de paraplégie. Le membre atteint présente habituellement un raccourcissement qu'il faut bien se garder de compenser par une semelle plus haute à la chaussure. Ce membre étant contracturé en extension, pour ses différents segments, le malade est obligé, pour le porter en avant, de sou-

lever sa hauche d'où la marche en fauchant. Il y a donc contracture volontaire surajoutée à la contracture de nature organique .Le malade fait ainsi travailler exclusivement les muscles de la racine du membre, en même temps qu'il cherche une suppléance dans la masse dorso-lombaire du côté sain. Malgré la disparition des contractures, le malade a conservé l'habitude de cette marche anormale. La rééducation devra donc intervenir pour lui faire perdre cette mauvaise habitude et rétablir, chez lui, la marche normale avec déplacement du membre atteint par flexions de la hanche et des autres articulations, puis avec point d'appui du côté opposé.

Au membre supérieur, la contracture est, en général plus accentuée et plus tenace à la périphérie du membre qu'à sa racine. Cependant, on constate parfois une limitation des mouvements plus accentuée à l'épaule qu'ailleurs si son immobilisation a eu, pour conséquence, de favoriser l'apparition d'une arthrite qui, elle-même, réagit, à son tour, sur la contracture en constituant ainsi un cercle vicieux. Il y aura, alors, deux obstacles à vaincre, contracture et arthrite, si l'on veut éviter rétraction et ankylose.

Dans ce cas, un adjuvant, tel que la douche

locale d'air chand, pourra parfois très heureusement facilier l'action du traitement kinésithérapique.

Pour agir sur la contracture du poignet et des doigts, il sera bon de conseiller le port intermittent d'une palette en bois ou en métal léger sur laquelle sont fixés des anneaux en cuir ou en toile par où passeront les doigts. Cet appareil très simple, en maintenant l'extension du poignet et des doigts, sera un adjuvant précieux; en outre, un poids léger fixé à l'appareil agira favorablement sur l'extension du coude et, par conséquent, sur la contracture du biceps.

Les muscles habituellement contracturés, au membre supérieur, sont le grand dorsal et le grand pectoral (dans leur partie supérieure) le sous-scapulaire, le biceps, les muscles de la région antérieure de l'avant-bras (pronateurs et fléchisseurs), les fléchisseurs des doigts.

A l'épaule, les mouvements passifs à exécuter seront principalement la flexion, l'extension, l'abduction et la rotation en dehors.

Dans le cas d'arthrite scapulo-humérale, il y aura lieu, pendant ces mouvements, de faire immobiliser l'omoplate par un aide.

Pour le coude, le mouvement d'extension est, en général, assez vite obtenu.

Quant à l'articulation radio-eubitale, elle peut aussi devenir le siège d'une arthrite constituant un obstacle parfois assez difficile à vaincre si l'on veut obtenir le mouvement passif de supination.

De même que pour l'épaule, la balnéation chaude locale ou la douche d'air chaud pourra, en s'associant au massage, faciliter la mobilisation. Ce mouvement de supination sera essayé d'abord, le coude étant fléchi et appuyé; ensuite il sera repris et combiné avec l'extension du coude.

Après avoir pratiqué le massage et la mobilisation du poignet et des doigts ,on imprimera, au membre, une mobilisation d'ensemble en le prenant **par la main,** tout en maintenant **l'ex**tention du poignet et des doigts; on lui fera exécuter ainsi un mouvement passif lent, très doux et progressif de circumduction que l'on combinera avec celui de supination et, d'extension du coude.

On réalisera ainsi la synthèse de tous les mouvements limités par la contracture au membre supérieur.

Plus tard, dans la seconde phase du traitement, sera commencée une rééducation proprement dite très prudente consistant d'abord en mouvements simples par contraction volontaire des muscles antagonistes des contracturés, pour aboutir, en dernier lieu, aux mouvements coordonnés tels que saisir un objet, toucher un point déterminé, tracer des barres avec un gros crayon, etc., etc... puis arriver, enfin, à l'écriture, s'il s'agit d'une hémiplégie droite.

Les troubles moteurs de certaines myélites non systématisées, avec lésions intéressant à la fois les cordons postérieurs et les voies pyramidales (myélites diffuses) pourront souvent bénéficier d'un traitement kinésithérapique.

Il sera touours de règle, en pareil cas, de s'occuper tout d'abord des contractures avant d'instituer une rééducation qui devra s'adapter à chaque cas particulier.

CHAPITRE III

Troubles moteurs pithiatiques

Personne n'ignore que l'auto-suggestion est capable de créer, chez certains sujets prédisposés, de véritables troubles moteurs.

De tout temps, il s'est trouvé des thérapeutes, souvent empiriques, en tous cas assez heureux pour obtenir parfois, chez ces malades, un résultat intéressant, grâce à une contre-suggestion appropriée. Inutile d'insister ici sur l'histoire du cimetière de Saint-Médard, du baquet de Mesmer ,du zouave Jacob, du lyonnais Philippe ,etc., etc...

Aujourd'hui, cependant, où toutes les sciences ont atteint un si haut degré de développement, on comprend moins le succès de certains procédés de cure qui sont d'une naïveté déconcer-

tante pour quiconque se doute des progrès de la neuropathologie !

Le praticien expérimenté, qui a fait un examen minutieux d'un malade, saura très bien dans quelle catégorie il doit classer ses troubles moteurs et n'aura aucune hésitation pour indiquer la méthode qui doit leur être appliquée.

Dans les cas récents de pithiatisme pur, on n'aura pas à se préoccuper de créer des suppléances et des compensations par des exercices méthodiques, comme chez les nerveux organiques. Les procédés employés auront pour but tout simplement de faire naître une contre-suggestion dans l'esprit du malade, c'est-à-dire de lui persuader qu'il va récupérer le mouvement ou la sensibilité qu'il croit perdus.

Pour atteindre ce but, on peut dire qu'il n'y a pas de méthodes à proprement parler et que tous les moyens sont bons; l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, etc., peuvent servir de prétextes à suggestion et doivent être adaptés à chaque cas particulier.

Il est bon même, toujours dans les cas récents, d'avoir recours à la méthode brusquée, à condition, bien entendu, d'être sûr de son diagnostic si l'on ne veut pas s'exposer à des mécomptes.

Nous avons eu l'occasion, en 1905, de suivre une malade atteinte de troubles gastriques dont le seul symptôme apparent consistait en un vomissement sans effort ni malaise ,quelques minutes après chaque repas, sauf cependant lorsqu'un M. X, familier de la maison, était invité. Rien d'anormal à l'examen et un état général satisfaisant; mais, comme hérédité, deux sœurs dont l'une avait fait du délire mystique et l'autre de l'astasie-abasie. Cette malade avait été soumise, sans succès, à des régimes sévères, à diverses médications et, même, à une intervention gynécologique. Nous conseillons alors la réédcation de l'estomac, la suppression du régime et de toute médication. Le résultat fut complet au bout de peu de temps.

Sollier a imaginé des manœuvres qu'il appelle « mouvements passifs avec résistance suivis de la torsion des articulations ». En répétant suffisamment ces manœuvres, il réveille la sensibilité et provoque ainsi la disparition des troubles moteurs. Il obtient ce qu'il appelle « le réveil cérébral ».

Rappelons, en passant, l'action du torpillage sur les plicaturés qui, pendant la guerre, a parfois donné des résultats intéressants.

Au Centre de Physiothérapie de la XVe région, nous avons traité également et, il faut l'avouer, avec succès, un certain nombre de plicaturés, par une méthode complètement différente :

1° redressement des malades, par des séances d'extension, sur un appareil très simple qu'il serait trop long de décrire, mais dont la description figure aux Archives du Val-de-Grâce.

2° rééducation proprement dite dont la base était une combinaison d'exercices respiratoires avec la station debout ,le siège ou les reins, suivant le cas, appliqués contre le bord d'un meuble.

Nous avons obtenu, comme en font foi nos rapports ministériels, un pourcentage intéressant de récupérés service auxiliaire.

Les pithiatiques ne sont pas tous faciles à traiter : quelques-uns d'entre eux, possédant une certaine culture, ne sont pas très accessibles à une forme trop banale de suggestion; d'autres, comme nous avons eu parfois l'occasion de le constater à l'hôpital thermal de Lamalou, présentent des troubles physiopatiques avec lesquels il faut compter.

On rencontre aussi, quelquefois, des paralysies pithiatiques de dates anciennes et contre lesquelles, le traitement devra comprendre deux phases : une de préparation et une de traitement proprement dit.

Nous avnos publié, en 1903, un cas d'astasie-abasie qui remontait à cinq années; la malade, complètement impotente, présentait, dans certains muscles, des contractures, dans d'autres des parésies, avec atrophie apparente, puis un état général très mauvais.

Pendant une période de quelques semaines, sont prescrits toniques nerveux, hydrothérapie, massages et mouvements actifs dans le décubitus. La seconde période débute par une tentative de marche : la malade est poussée brusquement en avant, pendant qu'un aide la suit en la maintenant par une ceinture. A la troisième tentative, le résultat est complet. Les progrès s'accentuent dès lors rapidement et la malade obobtient successivement la marche rapide, la marche lente puis, en dernier lieu, la station debout.

S'il arrive parfois que les troubles moteurs pithiatiques disparaissent spontanément, il arrive aussi que, non traités à temps, ils peuvent laisser des séquelles irréductibles. Nous avons

pu observer, à l'hôpital thermal de Lamalou, un pensionné de la guerre qui présentait une déformation définitive du pied par ankylose des articulations du tarse et du métatarse ,avec rétraction complète des muscles de la région. D'après le dossier et l'examen actuel, il n'y avait rien d'organique dans son état. Il s'agissait d'une séquelle consécutive à une paralysie pithiatique non traitée au début.

Wellcome Library

Quelque soit la variété des troubles moteurs à traiter, les chances de réussite seront moins grandes si l'affection est trop ancienne et le sujet trop âgé et si, avec une intelligence médiocre, le malade est dépourvu de courage et de volonté.

Le succès sera beaucoup plus difficile sinon impossible chez les intoxiqués tels que alcooliques, morphinomanes, cocaïnomanes, etc..

Les différentes méthodes dont nous venons de parler subiront parfois des modifications lorsqu'il s'agira d'associations névro-organiques.

Le traitement pourra, dans ce cas, devenir très délicat et exigera, de la part du rééducateur ,un certain doigté et pas mal d'initiative.

Il n'y a pas de règles bien absolues; la médication doit être adaptée à chaque aspect clinique.

FIN

WELLCOME LIBRARY

IMPRIMERIE G. LE GALL
5, Rue Érard — PARIS-XIIe
Téléphone : DIDEROT 49-82